様式 1

（事務局記載欄）
指導連携施設受付 No.
年会費納入状況　　完納／未納有（　　年）

2022 年度日本消化管学会胃腸科専門医制度
指導連携施設申請書表紙

2022 年　　月　　日

指導施設代表者会員番号：＿＿＿＿＿＿

指導施設代表者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

指導施設代表者指導医認定証番号

20＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

*20 で始まる 10 桁の番号です

提出前に 1～6 が揃っているかを□にチェックを入れて確認してください。
1～4 は所定の用紙（様式 1～4）をご利用いただき、左上をホチキスで止めてください。
5～6 はマイページをご確認ください。 URL：https://mypage.jpn-ga.jp/

□１．日本消化管学会胃腸科専門医制度指導連携施設申請書表紙　様式 1
□２．日本消化管学会指導連携施設申請書　様式 2
□３．施設内容　様式 3
□４．専門医研修計画書　様式 4
□５．指導施設代表者の当該年度までの年会費完納を確認しました
マイページ＞右上メニュー＞年会費支払歴　で当該年度までの会費納入確認後、数字の前に☑
□６．指導施設代表者のマイページ登録情報が最新であることを確認しました
マイページ＞右上メニュー＞登録情報　に最新情報が登録されていることを確認後、数字の前に☑

様式 2

日本消化管学会指導連携施設申請書

一般社団法人日本消化管学会
専門医審議委員会　御中

下記病院を日本消化管学会胃腸科専門医制度による指導連携施設に申請致します。

１．指導施設（本学会指導施設）情報

指導施設代表者名 ※自署	自筆署名が必要です（入力不可）									
指導施設認定証番号	2	0								
ふりがな										
指導施設名称注 1）										
指導施設住所	〒									
TEL										
FAX										
E-mail アドレス （ない場合は記入不要）										
URL	http://									

注 1）指導施設認定証に記載されている正式名称をご記入ください。

２．指導連携施設情報

ふりがな	
指導連携施設名称注 2）	
指導連携施設住所	〒
TEL	
FAX	
E-mail アドレス （ない場合は記入不要）	
URL	http://

注 2）指導連携施設認定証に記載されるため正式名称をご記入ください。

様式 3

指導連携施設内容

西暦　　年　　月　　日

病院の全病床数：＿＿＿＿＿＿床

*消化管に関わる診療科名は全て記入すること（消化管以外の診療科は記載しないで下さい）。

*認定条件（病床数）は、消化管関連病床として常時 20 床以上必要。

*専門医数は、常勤の本学会胃腸科専門医数とする。

*本学会でいう常勤とは週 4 日以上勤務していることを指す。

*暫定指導医・暫定専門医の数は記入不要のため数に入れない。

１．診療科および病床数、在勤専門医情報

診療科名	病床数	消化管関連の病床数	常勤医師数	本学会専門医制度による専門医数（常勤）
例：消化器内科	40	20	6	1
例：外科（消化器外科）	35	20	5	1

２．施設情報（申請日時点）　　（各項目いずれかに☑を入れて下さい）

1）中央検査室	□　有	□　無
2）中央図書室	□　有	□　無
3）病歴保管施設	□　有	□　無
4）剖検室	□　有	□　無
5）消化管に関する定期的教育行事	□　有	□　無

３．指導連携施設の専門医氏名（本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること）

専門医氏名	専門医認定証番号										備考（事務局記入欄）
	2	0									

*専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。

*暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医（20 で始まる 10 ケタの認定証番号取得者）の氏名を記入ください。

指導連携施設（病院）名	
指導連携施設　専門医　署名 ※自署	自筆署名が必要です（入力不可）

*太枠内は本申請のために親施設との連絡を担当する専門医の方がご署名ください。

様式４

指導連携施設専門医研修計画書

西暦　　年　　月　　日

*上記計画書には下記を網羅すること
１．研修目標、2．指導体制、3．カリキュラム実施スケジュール、４．週間予定表

本学会専門医制度による 指導施設代表者署名（※自署）	自筆署名が必要です（入力不可）

＊病院長(施設長)ではなく、様式１に記載した「指導施設代表者」の方がご署名ください。